



**Universidad**  
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza**

**Escuela de Enfermería de Huesca**

***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2018 / 2019

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**PARTICIPACIÓN FAMILIAR E INTERVENCIONES DE  
ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO OBSESIVO-  
COMPULSIVO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

**Autor/a:** Paula Monguilod López

**Director:** María Eugenia Estrada Fernández

## ÍNDICE

○ RESUMEN.....	pág. 3.
○ ABSTRACT.....	pág. 4.
○ INTRODUCCIÓN.....	pág. 5-7.
▪ Justificación.....	pág. 7.
○ OBJETIVOS.....	pág. 8.
○ METODLOGÍA.....	pág. 8-10.
○ DESARROLLO.....	pág. 11-27.
○ CONCLUSIONES.....	pág. 28-29.
○ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	pág. 30-33.
○ ANEXOS.....	pág. 34.
▪ ANEXO I.....	pág. 35.
▪ ANEXO II.....	pág. 36-37.
▪ ANEXO III.....	pág. 38-43.
▪ ANEXO IV.....	pág. 44-45.

## RESUMEN

**Introducción:** El Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno mental caracterizado por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. A nivel internacional afecta a un 1,1-1,8% de la población. El TOC suele aparecer a finales de la infancia o principio de la adolescencia pudiendo aparecer de forma gradual pero también aguda. Este tipo de patologías puede suponer una afectación en distintos ámbitos de la vida. El entorno familiar del individuo puede verse impactado por el trastorno. Sus respuestas a las dificultades mostradas por el TOC pueden desempeñar un papel importante en el curso que toma el mismo.

**Objetivo:** Analizar las distintas intervenciones aplicadas a la enfermería y demostrar el efecto de la participación de la familia en el trastorno obsesivo-compulsivo.

**Metodología:** Se realiza una revisión bibliográfica a través de una búsqueda en bases de datos científicas, revistas y libros especializados.

**Desarrollo:** El trastorno obsesivo-compulsivo afecta tanto al propio individuo como a los miembros de la familia. Con el fin de disminuir el malestar que este trastorno provoca, la familia participa de forma activa en la sintomatología, dando lugar a la *acomodación familiar*. Por ello se considera importante dirigir el tratamiento tanto al paciente como a la familia. El profesional de enfermería puede intervenir en el tratamiento de este trastorno mediante una adecuada formación, psicoeducación y aplicación de los diagnósticos propios de enfermería.

**Conclusiones:** El trastorno obsesivo compulsivo afecta fuertemente a la dinámica familiar. Como consecuencia surge la *acomodación familiar* que influye negativamente en la evolución del trastorno. No hay estudios suficientes sobre las intervenciones de enfermería, aunque puede destacarse la importancia de su participación en el tratamiento.

**Palabras clave:** Trastorno obsesivo-compulsivo, familia, enfermería.

## ABSTRACT

**Introduction:** Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a mental disorder characterized by the presence of obsessions and compulsions. It affects worldwide to 1,1-1,8% of the population. The OCD normally appears at the end of childhood or at the beginin of the teenage years, sometimes in a gradual form. This type of disease can affect different fields of life. The family enviroment can be influenced by the disease. The answer to the difficulties that shows people with OCD can perform an important role in the evolution of this disease.

**Objectives:** To analyse the different intervention that applies Nursing and to prove the effect of the participation of the family in the obsessive compulsive disorder.

**Methodology:** Be carried out a literatura search in scientific databases, specialised books and magazines.

**Development:** OCD affects to the person with the disease as much as their family members. With the objective of reducing the malaise that this disease produces, the family actively participates in the symtomatology, as result we have *family accommodation*. Because of this it is consideredated important to lead the treatment to the patient as much as their family. The nursing profesional can intervine in the treatment of this disease by means of a proper formation, pycho-education and the application of the diagnosis typical of nursing.

**Conclusions:** The OCD strongly affects to the dynamic of the family. As consequence of this it appears the *family accommodation* that negatively influences on the evolution of the disease. There aren't enough studies about the nursing interventions, even though we can emphasize the importance of the participation in the treatment.

**Key words:** Obsessive-compulsive disorder, family, nurses.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo - compulsivo (TOC) es un trastorno mental considerado como uno de los trastornos de ansiedad más graves<sup>1,2</sup>, y se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones.

Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos involuntarios y repetitivos que el individuo percibe como intrusos y no deseados, carentes de sentido, que le producen un estado de angustia patológica y, por tanto, un malestar significativo<sup>1-3</sup>. Así mismo, las compulsiones son actos mentales o conductas recurrentes que se llevan a cabo en respuesta a esas obsesiones con el propósito de reducir el malestar o ansiedad que éstas provocan<sup>1-3</sup> (ANEXO I).

Según los criterios en los que se basa el DSM-5 para diagnosticar este trastorno, el individuo puede presentar obsesiones, compulsiones o ambas requiriendo un largo periodo de tiempo durante el día o bien que causen un malestar clínicamente significativo. La frecuencia y la gravedad de los signos característicos de esta enfermedad varían en cada individuo<sup>1</sup> (ANEXO II).

En cuanto a la prevalencia, a nivel internacional se estima que afecta a un 1,1-1,8% de la población aproximadamente<sup>1</sup>, situándolo en el cuarto puesto dentro de los trastornos mentales<sup>4,5</sup>. El TOC puede aparecer a cualquier edad, sin embargo, suele hacerlo a finales de la infancia o principio de la adolescencia (edad media 19,5 años)<sup>1,3</sup>, donde se observa peor pronóstico pudiendo llegar a remitir en un 40% de los casos<sup>3</sup>. Puede alargarse hasta la edad adulta siendo poco frecuente a partir de los 35 años<sup>1,3,5,6</sup>. Con respecto al género, el inicio de los síntomas en el caso de los hombres es anterior que en el de las mujeres, aunque éstas en la edad adulta se ven más afectadas<sup>1,3,6</sup>.

Si nos centramos en la forma de aparición este trastorno se considera crónico y fluctuante, pudiendo aparecer de forma gradual pero también aguda<sup>3,6</sup>. El grado de conocimiento que tienen los individuos con TOC sobre su propia enfermedad varía de unos a otros. La mayoría de ellos son

plenamente conscientes de la irracionalidad de sus pensamientos, otros tienen poca conciencia de ellos, y una minoría presentan nula conciencia de enfermedad y pueden presentar ideas delirantes<sup>3</sup>.

A diferencia de los adultos, en los niños y dependiendo de la edad de desarrollo, el contenido de las obsesiones y compulsiones se encuentra relacionado con la contaminación, el daño, la simetría, el sexo o la religiosidad<sup>7</sup>, siendo su patrón sintomatológico más variable en el tiempo <sup>3</sup>.

Así mismo, durante el transcurso del ciclo vital, puede detectarse comorbilidad con una gran variedad de otros trastornos, entre los que puede destacar tics o depresión mayor. También puede asociarse, en menor medida con trastornos de ansiedad, síndrome de Gilles de Tourette, trastorno depresivo bipolar o anorexia nerviosa entre otros, pudiendo agravar el trastorno en cuestión. Además, la mitad de los individuos que lo padecen presentan pensamientos suicidas en algún momento de su vida, en parte, asociado al intenso malestar que puede llegar a provocar<sup>1,3,6</sup>.

Debido a la intensidad en el sufrimiento, a la gravedad de los síntomas y al tiempo invertido en ellos, este tipo de patologías puede suponer una afectación en otros ámbitos de la vida. Generalmente, las esferas sociales y laborales pueden afectar a la calidad de vida del individuo relacionándose con la gravedad de los síntomas<sup>1</sup>. Sin embargo, generalmente este trastorno cursa con periodos de clara mejoría, en los que el paciente experimenta cierta remisión de los síntomas permitiéndole un correcto desarrollo en su vida cotidiana, y otros en el que se observa un empeoramiento del trastorno<sup>3,6</sup>. Evitar aquellos acontecimientos que pueden producir la activación de las obsesiones y/o compulsiones puede, del mismo modo, perturbar gravemente el funcionamiento. En el caso de los niños, produce un deterioro académico y familiar dando lugar a alteraciones en su desarrollo normal produciendo falta de autonomía e independencia<sup>1</sup>.

El entorno familiar puede mostrar alteraciones y repercutir en el funcionamiento. Algunos individuos con TOC, imponen reglas y/o prohibiciones a los miembros de su familia a causa del trastorno, conduciendo

a la disfunción familiar<sup>1</sup>. Por lo tanto, el entorno familiar del individuo puede verse impactado por el trastorno. Sus respuestas a las dificultades mostradas por el mismo pueden desempeñar un papel importante en el curso que toma el TOC<sup>8,9</sup>.

## **JUSTIFICACIÓN**

El trastorno obsesivo-compulsivo es un trastorno mental muy frecuente en la población general, que afecta tanto a niños como adultos en los que la familia supone un papel fundamental.

La especialización de la enfermería en el ámbito de la salud mental, a ofrecido mayor profesionalización y desarrollo del papel asistencial en este tipo de trastorno. Las intervenciones relacionadas a este ámbito van adquiriendo un peso sustancial y notable, llegando a considerarse un profesional necesario y relevante en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Por ello, se lleva a cabo esta revisión bibliográfica cuya finalidad es analizar la influencia de la familia y la enfermería en el trastorno.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Analizar las distintas intervenciones aplicadas a la enfermería y demostrar el efecto de la participación de la familia en el trastorno obsesivo-compulsivo.

### **Objetivos específicos**

- Reconocer el impacto que supone la presencia del TOC dentro del núcleo familiar.
- Averiguar cómo afecta sobre la evolución de la enfermedad la influencia de la familia.
- Evidenciar las intervenciones y los diagnósticos de enfermería asociados a este trastorno.

## **METODOLOGÍA**

### **Perfil de búsqueda**

Se elabora una revisión bibliográfica realizando un análisis crítico de la información actual y se evalúa para poder obtener una visión de las intervenciones aplicadas a la enfermería y el efecto de la implicación del entorno familiar en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Las bases de datos consultadas son: PubMed, Cuiden, Dialnet y Science Direct.

Las palabras clave utilizadas para realizar la búsqueda en las bases de datos mencionadas son: "obsessive-compulsive disorder", "family", "trastorno obsesivo-compulsivo", "familia", "nurses", "enfermeros". Para la elección de estos términos se utilizó el tesoro DeSC (Descriptores en Ciencias de la Salud), utilizando combinaciones entre ellos con el operador booleano "AND".



La búsqueda se realiza durante el mes de enero de 2019. Además de la búsqueda en las bases de datos, se han consultado otras fuentes bibliográficas, varias revistas y libros especializados.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Se han incluido aquellos estudios que tenían acceso a texto completo publicados tanto en castellano como en inglés cuyo contenido se enfoca al estudio del TOC en cualquier etapa vital.

Se limitó la búsqueda temporalmente, seleccionando inicialmente aquellos artículos publicados en los últimos 10 años (desde 2009).

### **Resultados de la búsqueda**

Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron un total de 21 referencias. Se excluyeron de la selección inicial los estudios que superaban el límite de años de publicación y que no permitían el acceso a texto completo, excepto la bibliografía número 2 que, dada la relevancia de su información, se aumenta el límite de años hasta 2006.

La búsqueda bibliográfica se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1: Resultados de la búsqueda.

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>PALABRAS CLAVE</b>	<b>OPERADOR BOOLEANO</b>	<b>Nº ARTICULOS ENCONTRADOS</b>	<b>Nº ARTICULOS SELECCIONADOS</b>	<b>Nº ARTICULOS EMPLEADOS</b>
Pubmed	"Obsessive compulsive disorder" "Family"	AND	83	23	9
Pubmed	"Obsessive compulsive disorder" "Nurse"	AND	2	1	1

Dialnet	"Trastorno obsesivo compulsivo" "Familia"	AND	39	7	3
Cuiden	"Trastorno obsesivo compulsivo" "Enfermera"	AND	6	4	4
Science Direct	"Trastorno obsesivo compulsivo"		498	6	3

Fuente: elaboración propia.

## **DESARROLLO (ver tabla 2)**

El trastorno obsesivo-compulsivo no solo provoca ansiedad y un gran impacto en el individuo, sino que también afecta a los demás miembros de la familia<sup>8,10-12</sup>, sufriendo un gran deterioro en sus relaciones familiares y afectando fuertemente en la dinámica de sus vidas<sup>2,13</sup>. En general, algunos estudios señalan que los cuidadores o miembros de la familia de un individuo con este trastorno, presentan una disminución de su calidad de vida en varios dominios de la misma y una mayor carga emocional<sup>8,9,14</sup>, siendo precisamente a nivel emocional, donde se observa un mayor deterioro. En la mayoría de los casos pueden experimentar sentimientos de ira, tristeza, frustración y/o culpabilidad por la existencia del trastorno. En parte, esto surge como consecuencia de una reacción de enfado que pueden presentar algunos individuos con TOC ante la intromisión de sus familiares en su sintomatología<sup>11</sup>.

En el caso de padres con hijos con TOC, además pueden no ser capaces de distinguir si los comportamientos observados son causa directa o no del TOC, dando lugar al aumento de tensión y conflicto<sup>7,8</sup>. En algunos casos, éstos se sienten confundidos, desconcertados e incluso enfadados con los comportamientos del niño al ser incapaces de comprenderlos, llegando a no darles importancia, entenderlos como caprichos o asociándolos a características de la edad<sup>2</sup>.

Con el fin de disminuir la angustia y la sobrecarga emocional, los miembros de la familia intervienen en el manejo del trastorno<sup>8-10, 13-15</sup>. La dinámica en la que participan activamente en los rituales o compulsiones, se denomina *acomodación o adaptación familiar*<sup>7,9-11,13,14,16-19</sup> (ANEXO III). Según varios estudios, ésta forma de actuación es muy común en la mayoría de los casos, siendo más frecuente en etapas iniciales de la vida<sup>7-14,16,17</sup>.

Las formas más comunes en las que se manifiestan estos comportamientos intrusivos, podrían mostrarse a través de la evitación de aquellas situaciones provocadoras de ansiedad, proporcionar tranquilidad y consuelo y/o participar en los rituales<sup>8,11,14,15</sup>.

Este comportamiento paterno, aunque terapéuticamente resulta equívoco y erróneo, puede ser enfocado intencionadamente al mantener la creencia de que pueden adaptarse de forma más eficaz a las necesidades de sus hijos, disminuyendo el malestar que conlleva el TOC y mejorando el funcionamiento familiar<sup>12</sup>. El nivel de empatía que pueden presentar los padres hacia el niño, la falta de conciencia sobre las consecuencias futuras y la sensibilización de una base de culpa, provoca un aumento de la *acomodación familiar*<sup>10</sup>. Sin embargo, en ocasiones puede resultar frecuente que sea el propio individuo el que demande o exija a los familiares su participación en los rituales o conductas compulsivas reforzando negativamente este comportamiento<sup>10,13,18</sup>.

Cada vez existen más estudios que demuestran la influencia de la *acomodación familiar* sobre el curso del trastorno. Este hecho puede asociarse a un aumento de la gravedad de los síntomas y a unos resultados en el tratamiento menos efectivos<sup>7-10,12,14</sup>. Se ha comprobado un aumento de la *adaptación familiar* en casos cuyo contenido del pensamiento pertenecen a la dimensión de la limpieza<sup>8-10</sup> (ver ANEXO I). Además, puede relacionarse con la presencia de patología comórbida en los miembros de la familia como ansiedad, depresión o TOC y se ha vinculado a su vez con un mayor nivel de *adaptación* en la mayoría de los casos<sup>7,8</sup>.

En general, la terapia cognitivo conductual (TCC), especialmente la exposición de prevención de respuesta (EPR), y la farmacoterapia son eficaces para la mayoría de los casos, por lo que se consideran intervenciones de primera línea para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. Si embargo, un gran número de personas fracasan o no responden totalmente al mismo<sup>1,2,4,8,12,16,18,20</sup>.

Dada la relevancia de la *acomodación familiar* en la evolución del trastorno, se considera un aspecto fundamental incluir a la familia en el tratamiento con el fin de reducir este comportamiento y obtener mejores resultados. De modo, que se podría afirmar la importancia de la psicoterapia al tratar de producir cambios en la *acomodación*, ya que parecen preceder a la mejoría de los síntomas en niños, adolescentes y adultos con TOC<sup>17</sup>.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

Gracias a las especializaciones sanitarias, el ámbito de la enfermería ha ampliado sus competencias. La enfermera especialista en salud mental, es, probablemente, el personal sanitario más cercano y que más tiempo pasa con los pacientes, por lo que tiene la posibilidad de establecer una estrecha relación con ellos. Esto le permite ayudarlos a enfrentarse a sus miedos, síntomas y problemas interpersonales. Además, el trabajar en sintonía y en compenetración con el resto del equipo, es primordial para conseguir los objetivos comunes y obtener buenos resultados<sup>4, 21</sup>.

En el caso de los niños y adolescentes, es importante que el personal de enfermería adquiera los conocimientos necesarios sobre la sintomatología del TOC para realizar un correcto diagnóstico y no confundirlo con los problemas de comportamiento en la infancia, pudiendo reconocer a los pacientes y llevar a cabo juicios informados sobre el tratamiento y la remisión<sup>19</sup>.

Son varios los focos de intervención enfermera en el manejo del trastorno. Puede oscilar desde una interacción directa con el paciente enfocado hacia las actividades básicas de su vida diaria o colaboración en terapia individuales, hasta la intervención y colaboración en terapias de grupo y/o familiares<sup>4</sup>. Se considera importante una adecuada psicoeducación sobre el trastorno y su tratamiento a los pacientes y su familia<sup>1,2,4,19</sup>. Sobre esto, existe un programa de salud dirigido a entrenar las habilidades de actuación en familias de niños con trastorno-obsesivo compulsivo en los que la enfermera, mediante esta herramienta, promueve la participación de los familiares y aumenta sus capacidades para la resolución de problemas<sup>2</sup>.

Además, las enfermeras especialistas en salud mental muestran el éxito de su intervención con pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo mediante la implantación de un programa grupal basado en la técnica de mindfulness (ANEXO IV). El objetivo de este programa de salud consiste en disminuir la ansiedad, mejorar la calidad de vida y la capacidad de afrontamiento<sup>20</sup>.

En relación a los diagnósticos de enfermería, se muestran publicaciones en las que se asocian los más frecuentes con el trastorno, sin hallarse planes de cuidados estandarizados. Los diagnósticos enfermeros y las actividades más destacadas en el manejo del trastorno obsesivo-compulsivo son<sup>4,21</sup>:

**(00099) Mantenimiento inefectivo de la salud:** situación en la que un individuo es incapaz de identificar, manejar o buscar ayuda necesaria para mantener la salud.

**NOC:** (1609) Conducta terapéutica: enfermedad. Acciones personales para paliar o eliminar la patología.

Indicadores:

- 160904 Cumple las actividades prescritas.
- 160914 Equilibrio entre tratamiento, trabajo, ejercicio, ocio, descanso y nutrición.
- 160915 Busca consejo de un profesional sanitario cuando es necesario.

**NIC:** (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades

- Describir el proceso de la enfermedad.
- Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado.
- Describir signos y síntomas comunes de la enfermedad.

**(00146) Ansiedad:** situación en la que el individuo experimenta un sentimiento de aprensión o vaga sensación de malestar o amenaza que se relaciona con la anticipación de un peligro cuyo origen, con frecuencia, se desconoce, acompañada de una respuesta autonómica. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

**NOC:** (1402) Control de la ansiedad: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.

Indicadores:

- 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad
- 140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes.
- 140208 Refiere disminución del tiempo entre episodios.
- 140213 Refiere ausencia de distorsiones de la percepción sensitiva.

**NOC:** (1405) Control de impulsos: Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.

Indicadores:

- 140508 Busca ayuda cuando experimenta impulsos.

**NIC:** (5829) Disminución de la ansiedad: Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Animar al paciente a manifestar sentimientos, percepciones y miedos.
- Establecer actividades recreativas dirigidas a la reducción de tensiones.
- Permanecer con el paciente y escuchar con atención.
- Reforzar comportamientos saludables e identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

**NIC:** (5880) Técnica de relajación: Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda.

**NIC:** (5270) Apoyo emocional:

Actividades:

- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Proporcionar sentimientos de seguridad durante los episodios de ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

**NIC:** (1406) Relajación muscular progresiva: Facilitar la tensión y relajación de grupos de músculos sucesivos mientras se atiende a las diferencias de sensibilidad resultantes.

Actividades:

- Enseñar al paciente a que tense, durante 5-10 segundos, cada uno de los 8 grupos musculares principales.
- Indicar que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están tensos.
- Indicar que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están relajados.
- Animar al paciente a que practique los ejercicios en su casa.

**(00052) Deterioro de la interacción social:** una situación en la que el intercambio social del individuo es insuficiente o excesivo o resulta inefectivo.

**NOC:** (1504) Soporte social: Ayuda fiable de los demás.

Indicadores

- 150405 El paciente refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas.



**NOC:** (1502) Habilidades de interacción social: Aquellas conductas personales que fomenten las relaciones sociales.

Indicadores

- 150203 Cooperación con los demás.
- 150205 Uso de la asertividad.
- 150209 Mostrar calidez.
- 150211 Parecer relajado
- 150212 Relaciones con los demás
- 150216 Utilizar estrategias de resolución de conflictos

**NIC:** (5400) Potenciación de la autoestima: Consiste en ayudar al paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Actividades

- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Ayudar a reexaminar las percepciones negativas propias.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos (como actividades de ocio).
- Recompensar o alabar al progreso en la consecución de objetivos.

**(00130) Trastorno de los procesos del pensamiento:** situación en la que la persona experimenta un deterioro en las actividades mentales, incluyendo la capacidad para el pensamiento consciente, el juicio y la comprensión, la orientación en la realidad y la solución de problemas.

**NOC:** (0905) Concentración: Capacidad para centrarse en un estímulo específico.

Indicadores:

- 090502 Se mantiene centrado sin distraerse.

**NOC:** (1403) Control del pensamiento distorsionado: Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento.

#### Indicadores

- 140309 El paciente interacciona con los demás de forma apropiada.
- 140312 Expone pensamiento basado en la realidad
- 140313 Expone un contenido del pensamiento apropiado

**NIC:** (4700) Reestructuración cognitiva: estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamientos desordenados y se vea en sí mismo y al mundo de forma más realista.

#### Actividades

- Ayudar a entender la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual.
- Ayudar al paciente a comprender que la imposibilidad de conseguir conductas deseables con frecuencia es el resultado de frases irracionales autoinducidas.
- Ayudar a cambiar afirmaciones irracionales autoinducidas por afirmaciones racionales.
- Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre factores estresantes percibidos.
- Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación.
- Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales.
- Dar a conocer técnicas de distracción, detención del pensamiento y autoinstrucciones.

**NIC:** (4350) Manejo de la conducta: ayudar al paciente a controlar el comportamiento negativo.

#### Actividades

- Procurar responsabilizar al paciente de su comportamiento.

- Establecer una relación de confianza en la que se comunique que mantenga su esperanza en que restablecerá el control de su conducta.
- Potenciar los esfuerzos que el paciente realiza para autocontrolarse.
- Ayudar al paciente a analizar sus conductas compulsivas.

**NIC:** (5450) Terapia de grupo: aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluyendo la utilización de interacciones entre los miembros del grupo

### Actividades

- Disponer de una sesión de orientación individualizada para cada miembro del grupo antes de la primera sesión grupal.
- Determinar el propósito del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Llevar al grupo a la etapa de trabajo lo más rápidamente posible.
- Dar al grupo un sentido de dirección que les posibilite identificar y resolver cada paso del desarrollo.
- Utilizar la técnica del “activación de aquí y ahora” para trasladar el foco de lo genérico a lo personal, de lo abstracto a lo concreto.
- Proporcionar refuerzo social para conseguir las conductas/respuestas deseadas.
- Utilizar el juego de rolas y de resolución de problemas.
- Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común unos con otros.

Tabla 2: Relación de artículos y su contenido principal.

<b>AUTOR Y AÑO</b>	<b>IDEAS PRINCIPALES</b>
Ruiz Galán AM, 2006 <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Un adecuado tratamiento del TOC incluye psicoeducación sobre el trastorno y su tratamiento tanto del paciente como de la familia.</li> <li>– Existen dos estrategias terapéuticas complementarias, la psicoterapia y los fármacos.</li> <li>– Dentro de la psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual basada en la exposición y prevención de respuesta, ha demostrado su eficacia.</li> <li>– Se propone la inclusión de la familia en el tratamiento.</li> <li>– En los TOC infantiles, los pacientes y su familia manifiestan un deterioro importante en sus relaciones.</li> <li>– Diversos estudios han intentado involucrar a la familia en el tratamiento observando una mejoría de los niños en los que los padres participaban en la terapia. Sin embargo, los resultados no han sido determinantes, proponiendo nuevas investigaciones.</li> </ul>
Arbolea Faedo T, et al. 2013 <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gracias a la especialización sanitaria, la enfermera especialista en la Salud Mental mantiene una estrecha relación con los pacientes que les permite ayudarlos a enfrentarse a sus miedos, síntomas y problemas interpersonales.</li> <li>– Las intervenciones en las que le enfermera participa van desde ayudar en las actividades de la vida diaria, la terapia individual de grupo o familiar.</li> <li>– No existen estudios que avalen la efectividad de las intervenciones de enfermería que se plantean, aunque han sido estudiadas ampliamente por otros profesionales de la salud.</li> <li>– Hay distintos diagnósticos enfermeros según la NANDA que pueden ser utilizados para el cuidado de un individuo con TOC.</li> <li>– En el caso de los niños una intervención familiar estructurada es eficaz para disminuir la gravedad del TOC y la discapacidad que provoca.</li> <li>– Aunque se ha avanzado en el tratamiento del TOC, se estima que en torno al 20-30% de los pacientes son resistentes al mismo, provocando un deterioro y una afectación grave.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Las familias con hijos con TOC muestran menos calidez a sus hijos, patología ansiosa, mayor rechazo, menos confianza en sus hijos y menor resolución positiva de problemas.</li> <li>– El conflicto familiar ha demostrado que afecta negativamente a los resultados del tratamiento.</li> </ul>

<p>Falcón F, et al. 2012 <sup>7</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La acomodación familiar se da en prácticamente todas las familias con TOC infantil en la que los padres y hermanos facilitan tanto la compulsión, como la evitación fóbica, ya sea permitiéndoles realizar estas conductas o incluso participando en ellas.</li> <li>– Tanto la severidad de los síntomas compulsivos y la conducta oposicionista de los niños, como la elevada ansiedad por parte de los padres, predicen la acomodación que a su vez predice peores resultados en el tratamiento.</li> <li>– La terapia cognitiva y la exposición con prevención de respuesta son los tratamientos más estudiados en población adulta.</li> <li>– En la población infantil se ha adaptado la intervención; menos técnicas cognitivas y la inclusión de la familia especialmente en la psicoeducación y aplicación de EPR.</li> <li>– A menudo los padres se sienten culpables por el trastorno de sus hijos, o tienen dificultades para distinguir cuándo las conductas problemáticas son o no causa del TOC, lo que normalmente lleva a aumentar la tensión y el conflicto.</li> <li>– La participación de los padres en la intervención repercute de manera positiva en la ansiedad de éstos.</li> <li>– Aunque hasta la fecha no se ha demostrado la eficacia añadida del componente familiar, algunos datos avalan el entrenamiento de padres en la aplicación de EPR.</li> <li>– Los resultados fueron positivos, en cuanto a que los padres aumentaron su conocimiento sobre los mecanismos de ansiedad, los temores de los padres respecto al malestar de su hijo disminuyeron, la sintomatología se disminuyó en 80% y los padres afirmaron que su hijo se comunicaba más abiertamente y estaba más feliz.</li> </ul>
<p>Lebowitz ER, et al. 2013 <sup>8</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La acomodación familiar es la forma errónea en la que los miembros de la familia reaccionan frente el TOC.</li> <li>– Ésta forma de actuar influye en el curso del trastorno, asociándose con la gravedad de los síntomas y los resultados del tratamiento.</li> <li>– Las intervenciones dirigidas hacia la acomodación familiar pueden ser eficaces para mejorar los resultados del tratamiento.</li> <li>– La acomodación familiar surge de la necesidad de los miembros de la familia para disminuir la carga que supone el TOC sobre ellos mismos.</li> </ul>

S. Wu M, et al. 2018 <sup>9</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El TOC produce un gran impacto y se asocia con efectos familiares nocivos.</li> <li>– Las personas que realizan el papel de cuidador pueden experimentar una gran carga y verse disminuida su calidad de vida.</li> <li>– La gravedad de los síntomas está relacionada con la angustia familiar, el funcionamiento familiar y la organización.</li> <li>– Muchos jóvenes con TOC involucran a sus cuidadores en su sintomatología.</li> <li>– Existe literatura limitada exclusivamente a muestras de adultos. Un aumento de la gravedad de los síntomas y la participación de la familia afecta a numerosos dominios de la vida, afectando a su salud física y al bienestar psicológico del cuidador.</li> <li>– La comorbilidad psiquiátrica del cuidador y del propio paciente contribuyen al aumento de la carga, así como un curso más prolongado del TOC.</li> <li>– En comparación a jóvenes sanos, los afectados por el TOC tienen una menor calidad de vida, principalmente cuando tienen patología comórbida, gravedad de los síntomas y acomodación familiar.</li> <li>– Los síntomas más graves provocan una mayor dependencia del tiempo del cuidador.</li> <li>– También afecta al desarrollo y las relaciones sociales de los cuidadores.</li> <li>– Con estos datos será importante proporcionar psicoeducación acerca de cómo la adaptación familiar no solo afecta al niño, sino también al acomodador, incorporando estos comportamientos en el plan de tratamiento como se indica.</li> <li>– La comorbilidad psicopatológica infantil (ansiedad o síntomas depresivos) requieren que el cuidador pase más tiempo con el niño, aumentando la carga del cuidador. En este caso la psicoeducación debe dirigirse a la familia para ayudar a promover la autoeficacia del niño.</li> </ul>
Johnco C. 2016 <sup>10</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Los niños con TOC pueden imponer a los padres mediante comportamientos coercitivos que participen en sus rituales.</li> <li>– La adaptación familiar tiene gran importancia en la evaluación del TOC infantil para facilitar la planificación del tratamiento.</li> </ul>
Stewart SE, et al. 2017 <sup>11</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tanto los jóvenes afectados como sus padres, consideran que el TOC afecta al funcionamiento familiar.</li> <li>– Cuanto más intensos son los síntomas, más deterioro se observa, siendo mayor desde el punto de vista de las madres que de los padres.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Las repercusiones emocionales incluyen estrés, ansiedad y frustración, además de ira en los jóvenes y tristeza en los padres.</li> <li>– Deterioro laboral diario expresaron un tercio de los padres.</li> <li>– La acomodación familiar predijo un fuerte deterioro familiar.</li> </ul>
Merlo LJ, et al. 2009 <sup>12</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El TOC no solo afecta al individuo, sino que también lo hace a los miembros de la familia.</li> <li>– A pesar de que existen tratamientos eficaces, alrededor del 20-40% de los niños con TOC no responden al tratamiento.</li> <li>– Los miembros de la familia a menudo participan y mantienen los síntomas del TOC ya que se adaptan a ellos.</li> <li>– Los padres creen que el funcionamiento familiar mejora acomodando las conductas del TOC del niño.</li> <li>– La provisión de la acomodación también interfiere en el objetivo de la TCC.</li> <li>– Los niños con síntomas más severos presentan a menudo altas tasas de deterioro funcional, aumentan la acomodación familiar a partir de los intentos de disminuir la ansiedad y deterioro del niño.</li> <li>– La inclusión de los padres en el TCC se asocia a una disminución de la acomodación familiar.</li> </ul>
Thompson-Hollands J, et al. 2015 <sup>13</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Los pacientes con TOC experimentan angustia emocional, deterioro de muchos dominios de su vida y sus relaciones interpersonales, concretamente dentro de la familia, se ven afectadas negativamente.</li> <li>– Acomodación de los síntomas significa cualquier cambio en el comportamiento de los miembros de la familia dirigido a prevenir o reducir la angustia que provoca el TOC.</li> <li>– Es frecuente en familiares de pacientes tanto de niños como de adultos.</li> <li>– Puede ser solicitado por el paciente, para reducir la ansiedad o disminuir los rituales.</li> <li>– Es exitoso a corto plazo, pero no a largo plazo.</li> <li>– Cada vez hay más indicios de que la acomodación familiar interfiere con la intervención de primera línea del TOC, exposición/prevencción de respuesta (EPR).</li> <li>– Afecta a los miembros de la familia, generando resentimiento u hostilidad, niveles más altos de depresión y ansiedad.</li> <li>– La mayoría de los tratamientos que incluyen a la familia van dirigidos a padres de niños con TOC, aunque también existen estudios para adultos.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El existo de estas terapias no es la participación de los miembros por sí solo si no que se intervenga en una disminución de la acomodación familiar.</li> <li>– Se observa una clara mejoría del TOC basada en la participación de la familia en el tratamiento, siempre que esté bien enfocada.</li> </ul>
Lebowitz ER, et al. 2016 <sup>14</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Los cambios que los individuos hacen a su propio comportamiento para ayudar a un familiar a evitar o aliviar la ansiedad que les provoca los síntomas del TOC se denomina acomodación familiar.</li> <li>– El primer estudio de la acomodación familiar encontró que este comportamiento es prevalente en el TOC.</li> <li>– Según varios estudios se ha descubierto que la adaptación familiar se asocia con un aumento de la gravedad de los síntomas, resultados deficientes del tratamiento y un deterioro relacionado con el TOC.</li> <li>– Es muy frecuente en padres de niños con TOC que reaccionan con agresión a la negativa de los padres a adaptarse.</li> <li>– Los protocolos de tratamiento para los trastornos de ansiedad y el TOC enfatizan cada vez más la reducción de la acomodación familiar como un componente terapéutico clave.</li> <li>– La acomodación familiar supone una carga tremenda para los cuidadores afectando negativamente a su calidad de vida y es perjudicial para las interacciones familiares.</li> <li>– En el TOC infantil es común que la acomodación sea impuesta por el propio paciente produciendo un aumento de la carga del cuidador.</li> </ul>
Braga Gomes J, et al. 2014 <sup>15</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Normalmente, la presencia de un miembro de la familia con TOC interfiere con la vida social y las actividades de ocio del resto, obstaculizando las relaciones interpersonales y convirtiéndose en una carga para la familia en su conjunto.</li> <li>– Adaptación de los miembros de la familia en el TOC para disminuir la ansiedad que provoca, acomodación familiar.</li> <li>– Se ha observado en familias de adultos y niños/adolescentes con TOC.</li> <li>– Aunque se sigue investigando sobre la relación entre la gravedad de los síntomas y la acomodación familiar, varios estudios han observado una relación directa y significativa.</li> <li>– También existe una relación con resultados menos eficientes del tratamiento (terapia cognitivo conductual y farmacoterapia).</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Formas de acomodación observadas; tolerar el TOC, proporcionar tranquilidad y modificar la rutina familiar.</li> <li>– Incluir a los miembros de la familia en las intervenciones.</li> <li>– En este estudio son los cónyuges los que muestran niveles más altos de acomodación.</li> </ul>
Freeman JB, et al. 2011 <sup>16</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La exposición con prevención de la respuesta es el tratamiento conductual de elección para el TOC tanto en adultos como en niños.</li> <li>– Los padres de niños pequeños son particularmente susceptibles a adaptarse al TOC para minimizar su propia angustia y la de sus hijos.</li> </ul>
Peris TS, et al. 2017 <sup>17</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La terapia cognitivo conductual y las intervenciones farmacológicas han demostrado ser eficaces para reducir los síntomas.</li> <li>– Los factores familiares en el TOC infantil son importantes dado el papel central que desempeñan los padres a la hora de cumplir con el tratamiento y mantenerlo durante largo tiempo.</li> <li>– El conflicto familiar y la acomodación de los síntomas se observan con frecuencia.</li> <li>– Los cambios en la acomodación parecen preceder a la mejoría de los síntomas en niños, adolescentes y adultos con TOC.</li> <li>– Además de la adaptación a los síntomas existen otras dinámicas familiares que pueden interferir en la gravedad de los síntomas y resultado del tratamiento.</li> <li>– La culpa y la crítica están bien documentadas entre las familias de niños y adultos con TOC.</li> <li>– Las intervenciones familiares actuales no consiguen cambiar las conductas familiares y producir cambios significativos en el funcionamiento familiar.</li> <li>– Mayor eficacia de la terapia de interacción familiar positiva que el tratamiento convencional en TOC infantiles.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La remisión completa sin tratamiento es rara por lo que una intervención temprana y efectiva es fundamental.</li> <li>– La farmacoterapia y la terapia cognitivo-conductual han obtenido el apoyo empírico más fuerte en el tratamiento del TOC.</li> <li>– Las investigaciones que estudian los procesos familiares en relación con el TOC se centran en la acomodación o adaptación familiar.</li> </ul>

Thompson-Hollands J, et al. 2014 <sup>18</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Los propios individuos solicitan la presencia de la acomodación familiar.</li> <li>– Niveles altos de este comportamiento se encuentran asociados a un aumento de los síntomas, mayor deterioro funcional y peor resultado de tratamiento tanto en niños como en adultos.</li> <li>– La importancia del entorno familiar en el TOC, indica la necesidad de abordar este problema en el tratamiento.</li> </ul>
Sturm R. 2009 <sup>19</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– En el caso de los niños y adolescentes, es importante que el personal de enfermería conozca bien la sintomatología del TOC para diagnosticarlo correctamente y no confundirlo con los problemas de comportamiento en la infancia, pudiendo identificar a los pacientes con TOC y hacer juicios informados sobre el tratamiento y la remisión.</li> <li>– Es importante en la evaluación del TOC, el grado en que los padres están involucrados con los síntomas del niño, ya que esto puede conducir a deficiencias en la vida familiar e interferir con el tratamiento.</li> </ul>
Gárriz Murillo C, et al. 2009 <sup>20</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El papel de enfermería es fundamental para el registro de los resultados de la terapia ya que es el personal más directo y que más tiempo pasa en contacto con el paciente, y en ocasiones es el que va guiando y solventando los problemas que se puedan dar en relación con la terapia.</li> <li>– La compenetración por parte de todo el equipo interdisciplinar es fundamental para seguir objetivos comunes y conseguir resultados positivos. El paciente debe saber el significado de las recaídas, aprenderá a seguir adelante.</li> <li>– El registro enfermero es básico para realizar la evaluación y seguimiento de los resultados de la terapia.</li> <li>– Al ingreso se realizó la valoración del paciente siguiendo los patrones funcionales de M. Gordon, se fijaron objetivos siguiendo la taxonomía NOC (<i>Nursing Outcomes Classification</i>) y se planificaron intervenciones de enfermería según la NIC (<i>Nursing Interventions Classification</i>) a destacar.</li> </ul>
Pérez García C, et al. 2016 <sup>21</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Existen dos formas de tratamiento que han demostrado eficacia en el abordaje del TOC: la farmacoterapia y la terapia cognitivo-conductual basada en la exposición con prevención de respuesta.</li> </ul>

- |  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>– El mindfulness ayuda a los pacientes a mejorar la perspectiva de la autoeficacia, permitiendo el manejo de los miedos sin tener que apoyarse en conductas de evitación ayudando además en la reducción de al menos un 60% de la sintomatología.</li><li>– Implantación de un programa de psicoeducación grupal basado en la técnica mindfulness.</li><li>– El objetivo consiste en reducir la ansiedad y mejorar la capacidad de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo.</li></ul> |
|--|--|

Fuente: elaboración propia.

## CONCLUSIONES

El trastorno obsesivo-compulsivo afecta negativamente al entorno familiar del individuo, provocando situaciones de ansiedad que dan lugar a un deterioro en las relaciones familiares produciendo una disminución de su calidad de vida y un aumento de la carga emocional.

Es importante que aquellos que convivan con una persona que sufre TOC conozcan el funcionamiento de este trastorno para saber reaccionar de una manera positiva ante los problemas que surgen diariamente. Se considera fundamental que detecten estos comportamientos, ya que toman parte activa en los rituales.

En la mayoría de los artículos seleccionados, se refleja que la *acomodación familiar* es muy frecuente entre las familias de individuos con TOC. Esto influye en la evolución del trastorno, agravando la sintomatología y prediciendo peores resultados. Se podría decir que se crea un círculo vicioso en el que cuanta más *acomodación familiar* más gravedad de los síntomas, cuanta más gravedad de los síntomas más *acomodación familiar*.

De modo que, aunque no hay suficiente información que demuestre rigurosamente su eficacia, la literatura publicada afirma la notable manifestación en resultados al incluir a los familiares en el tratamiento. Se muestra relación eficaz entre el tratamiento (mediante un aprendizaje de los padres y hermanos) y una mejora de los síntomas tanto en el propio individuo como en la dinámica familiar.

En relación a las actividades de enfermería en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, son pocas las bibliografías que hablan sobre este asunto. Se destaca la participación del personal de enfermería en la psicoeducación dirigida tanto al paciente como a la propia familia, su participación en terapias individuales o de grupo, así como la necesidad de que los enfermeros/as conozcan correctamente el trastorno para realizar un buen diagnóstico y un adecuado tratamiento. Además, en menor medida, la

terapia mindfulness, terapias de relajación y otras basadas en habilidades sociales son menos frecuentes, aunque pueden ser igualmente útiles.

Aunque solo se han encontrados dos artículos referentes a los diagnósticos, ambos coinciden en estos cuatro: *Mantenimiento inefectivo de la salud (00099)*, *ansiedad (00146)*, *deterioro de la interacción social (00052)*, *trastorno de los procesos del pensamiento (00130)*.

Se destacan las limitaciones al realizar la búsqueda bibliográfica en referencia al tema seleccionado por falta de publicaciones sobre intervenciones de enfermería para este trastorno considerándose fundamental impulsar la investigación al respecto, para fomentar el papel enfermero y mostrar su alta capacidad para manejar el trastorno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanz Vellosillo P, Fernández-Cuevas Vicario A. Trastorno obsesivo compulsivo. Medicine [Internet]. 2015 [consultado el 11 de enero de 2019]; 11(84): 5008-14. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215001961>
2. Ruiz Galán AM. Eficacia del entrenamiento en habilidades de actuación en familias de niños con trastorno obsesivo compulsivo. Nure Inv [Internet]. 2006 [consultado el 11 de enero de 2019]; (25). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/312/302>
3. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Paranamericana; 2014.
4. Arboleya Faedo T, Murias Moya G, Cebrián Toral M, Suárez Rosales N. Metodología enfermera en trastorno obsesivo-compulsivo. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2013 [consultado el 10 de enero de 2019]; 7(19). Disponible en: <http://www.indexf.com/new/cuiden/resultados.php>
5. Salcedo M, Vásquez R, Calvo GM. Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. Rev Colomb Psiquiat [Internet]. 2011 [consultado el 15 de enero de 2019]; 40 (1): 131-44. Disponible en: [http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-40/1/rcp\\_1\\_2011\\_artrev9.pdf](http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-40/1/rcp_1_2011_artrev9.pdf)
6. Schlatter Navarro J, Gamazo Garrán P. Trastorno de ansiedad (II). Fobias. Trastorno obsesivo-compulsivo. Medicine [Internet]. 2011 [consultado el 11 de enero de 2019]; 10 (85): 5734-41. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541211701688>
7. Falcón F, Lazar C, Saldaña C. El papel de los padres en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno-obsesivo compulsivo en la infancia:

- a propósito de un caso. C Med Psicosom [Internet]. 2012 [consultado el 20 de enero de 2019]; (102): 58-72. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393231>
8. Lebowitz ER, Panza KE, Su J, Bloch MH. Acomodación Familiar en el trastorno obsesivo-compulsivo. RET [Internet]. 2013 [consultado el 11 de enero de 2019]; (70): 3-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5504949>
  9. Wu MS, Hamblin R, Nadeau J, Simmons J, Smith A, Wilson M, et al. Quality of life and burden in caregivers of youth with obsessive-compulsive disorder presenting for intensive treatment. Compr. Psychiatry [Internet]. 2018 [consultado el 27 de enero de 2019]; 80: 46-56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5858930/>
  10. Johnco C. Managing Family Accommodation of OCD in the Context of Adolescent Treatment Refusal: A Case Example. J Clin Psychol [Internet]. 2016 [consultado el 11 de enero de 2019]; 72 (11): 1129-1138. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27640401>
  11. Stewart SE, Hu YP, Leung A, Chan E, Hezel DM, Lin SY, et al. A Multi-Site Study of Family Functioning Impairment in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry [Internet]. 2017 [consultado el 12 de enero de 2019]; 56 (3): 241-49. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5332162/>
  12. Merlo LJ, Lehmkuhl HD, Geffken GR, Storch EA. Decreased Family Accommodation Associated with Improved Therapy Outcome in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. J Consult Clin Psychol [Internet]. 2009 [consultado el 14 de enero de 2019]; 77 (2): 355-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2886196/>
  13. Thompson-Hollands J, Abramovitch A, Tompson MC, Barlow DH. A randomized clinical trial of a brief family intervention to reduce accommodation in obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. Behav Ther [Internet]. 2015 [consultado el 10 de enero de

- 2019]; 46 (2): 218-29. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25645170>
14. Lebowitz ER, Panza KE, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. Expert Rev of Neurother [Internet]. 2016 [consultado el 12 de enero de 2019]; 16 (1): 45-53. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4895189/>
15. Braga Gomes J, Van Noppen B, Pato M, Tusi Braga D, Meyer E, Flôres Bortoncello C, et al. Patient and family factors associated with family accommodation in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Clin Neurosci [Internet]. 2014 [consultado el 10 de enero de 2019]; 68 (8): 621-30. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24521250>
16. Freeman JB, Garcia AM, Coyne L, Ale C, Przeworski A, Himle M, et al. TOC en la primera infancia: hallazgos preliminares de una Estrategia Cognitivo Conductual basada en la familia. RET [Internet]. 2011 [consultado el 11 de enero de 2019]; (63). Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5509463>
17. Peris TS, Rozenman MS, Sugar CA, McCracken JT, Piacentini J. Targeted Family Intervention for Complex Cases of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2017 [consultado el 14 de enero de 2019]; 56 (12): 1034-1042. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5875916/>
18. Thompson-Hollands J, Edson A, Thompson MC, Comer JS. Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. J Fam Psychol [Internet]. 2014 [consultado el 15 de enero de 2019]; 28 (3): 287-98. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24798816>
19. Sturm R. Obsessive-compulsive disorder in children: The role of nurse practitioners. J Am Acad Nurse Pract [Internet]. 2009 [consultado el 15 de enero de 2019]; 21 (7): 393-401. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19594658>



20. Pérez García C, Manzano Felipe MA, Fernández Morales MI. Mindfulness aplicado al Trastorno Obsesivo Compulsivo: eficacia de la intervención enfermera. Rev Paraninfo digital [Internet]. 2016 [consultado el 12 de enero de 2019]; 10 (5). Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/para/n25/pdf/045.pdf>
21. Gárriz Murillo C, Zarpe Ustárriz M. Trastorno obsesivo compulsivo: Cuidados enfermeros en la terapia de aceptación y compromiso. Presencia [Internet]. 2009 [consultado el 11 de enero de 2019]; 5 (10). Disponible en: <http://www.index-f.com//presencia/n10/p7092.php>
22. Yacila GA, Cook-del Aguila L, Sánchez-Castro AE, Reyes-Bossio M, Tejada AR. Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. Acta Med Perú [Internet]. 2016 [consultado el 27 de enero de 2019]; 33(3):253-5. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n3/a18v33n3.pdf>
23. Pinto A, Van Noppen B, Calvocoressu L. Development and Preliminary Psychometric Evaluation of a Self/Rated Version of the Family Accomodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder. J Obsessive Compuls Relat Disord [Internet]. 2013 [consultado el 27 de enero de 2019]; 2(4): 457-465. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24855596>
24. Romeu Labayen M, Ramal Márquez AP. Técnica de "conciencia plena" (mindfulness) en la práctica enfermera de salud mental. Presencia [Internet]. 2009 [consultado el 27 de enero de 2019]; 5 (10). Disponible en: <http://www.index-f.com//presencia/n10/p0153.php>



# ANEXOS

## **ANEXO I**

### **OBSESIONES Y COMPULSIONES MÁS FRECUENTES<sup>3,4</sup>**

La temática de las obsesiones y las compulsiones son heterogéneas en niños, adolescentes y adultos. Sin embargo, ciertos aspectos y dimensiones son frecuentes, entre las que destacan:

- La contaminación es la obsesión más frecuente. Se acompaña del lavado de manos o la evitación de objetos subjetivamente contaminados.
- La duda y la simetría seguidas de compulsiones de repetir, ordenar y contar. Generalmente se sienten culpables por haber olvidado o haber hecho algo malo.
- Los pensamientos prohibidos o tabú, por ejemplo, las obsesiones de agresión, sexuales y las religiosas seguidas de las compulsiones relacionadas.
- El daño, temor a hacerse daño a uno mismo o a otras personas seguido de compulsiones de comprobación.

Algunas personas también tienen dificultades para desechar cosas y almacenan objetos (acumulación) como consecuencia de las obsesiones y compulsiones típicas, tales como dañar a los demás.

Es importante destacar que los individuos a menudo tienen síntomas en más de una dimensión.

## ANEXO II

### ESCALA YALE-BROWN PARA EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO<sup>2,22</sup>

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>OBSESIONES</b>					
<b>¿Cuánto tiempo ocupas en pensamientos obsesivos?</b>	Ninguno	< 1h/día	1-3 h/día	3-8 h/día	>8h/día
<b>¿Cuánto interfieren tus pensamientos obsesivos en tu vida personal, social o laboral?</b>	Nada	Pequeña interferencia, pero sin impedimento	Hay interferencia, pero es mejorable	Impedimento substancial	Interferencia extrema, incapacitante
<b>¿Cuánta angustia te causan los pensamientos persistentes?</b>	Nada	Ligera	Moderada	Severa	Extrema
<b>¿Cuánto te esfuerzas para resistirte a estos pensamientos?</b>	No es necesario resistir	Trata de resistir la mayor parte del tiempo	Hacer algún esfuerzo de resistir	Cede a todos los pensamientos	Cede completa y voluntariamente a estos pensamientos
<b>¿Cuánto control tienes sobre estos pensamientos?</b>	Control completo	Mucho/suficiente control	Moderado control	Poco control	Ningún control

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>COMPULSIONES</b>					
<b>¿Cuánto tiempo dedicas a realizar conductas repetitivas?</b>	Ninguno	< 1h/día	1-3 h/día	3-8 h/día	>8h/día
<b>¿Cuánto interfieren tus conductas compulsivas en tu vida personal, social o laboral?</b>	Nada	Pequeña interferencia, pero sin impedimento	Hay interferencia, pero es mejorable	Impedimento substancial	Interferencia extrema, incapacitante
<b>¿Cuánta angustia te causaría que te impidieran realizar estas conductas?</b>	Nada	Ligera	Moderada	Severa	Extrema
<b>¿Cuánto esfuerzo realizas para impedir estas conductas repetitivas?</b>	No es necesario resistir	Trata de resistir la mayor parte del tiempo	Hacer algún esfuerzo de resistir	Cede a todos los pensamientos	Cede completa y voluntariamente a estos pensamientos
<b>¿Cuánto control tienes sobre ellas?</b>	Control completo	Mucho/suficiente control	Moderado control	Poco control	Ningún control

**Resultados:** 0-7 Subclínica, 8-15 Leve, 16-23 Moderado, 24-31 Severo.

## **ANEXO III**

### **ESCALA DE ACOMODACIÓN FAMILIAR PARA EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO<sup>23</sup>**

Fecha de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Género:

1. Femenino
2. Masculino

Soy el \_\_\_\_\_ del paciente. (¿Cuál es su relación con el paciente?).

1. Padre/madre
2. Cónyuge
3. Hijo/a
4. Hermano/a
5. Otro (indicar)

#### **Introducción**

Se le ha pedido que complete este cuestionario porque tiene un familiar o una persona significativa que ha sido diagnosticada con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), y que lo ha identificado como el miembro de la familia que está más involucrado con él/ella en el TOC. A lo largo de este cuestionario, su familiar/pareja se conoce como "su familiar" y a usted como el "miembro de la familia".

La parte I de este cuestionario describe obsesiones y compulsiones y le pide que identifique los síntomas actuales del TOC de su familiar según su entender. La parte II de este cuestionario le pide que identifique posibles formas en las que puede estar modificando su comportamiento o sus rutinas en respuesta al TOC de su familiar.

#### **PARTE I: Informe de los síntomas del TOC de un familiar**

*OBSESIONES:* son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos angustiantes que interrumpen repetidamente en la mente de un individuo y ocurren contra de su voluntad. Los pensamientos pueden ser repugnantes o atemorizantes, o puede parecer para la persona que los experimenta sin sentido.

A continuación, hay una lista de diferentes tipos de obsesiones comunes en el TOC. Coloque una marca por cada tipo de obsesión que su familiar experimentó durante la semana pasada.

\_\_\_\_\_ **Obsesiones de daño.** Ejemplos: temer hacerse daño a uno mismo o a los demás, robar cosas, expresar obscenidades o incultos, actuar sobre impulsos no deseados o embarazosas; ser responsable de que suceda algo terrible (un incendio o robo), experimentar imágenes violentas u horribles.

\_\_\_\_\_ **Obsesiones de contaminación.** Ejemplos: preocupaciones excesivas por lo desechos corporales, secreciones, sangre, gérmenes; preocupaciones excesivas acerca de estar contaminados por toxinas ambientales (asbesto, radiación o desechos tóxicos), limpiadores/disolventes domésticos, animales (insectos); incomodidad con sustancias o residuos pegajosos; miedo a contaminar a otros.

\_\_\_\_\_ **Obsesiones sexuales.** Ejemplos: pensamientos repetidos no deseados de temas sexuales prohibidos o perversos (participación sexual con niños).

\_\_\_\_\_ **Obsesiones de ahorrar.** Ejemplos: pensamientos repetidos no deseados de temas sexuales prohibidos o perversos (participación sexual con niños).

\_\_\_\_\_ **Obsesiones somáticas.** Ejemplos: preocupaciones excesivas por tener una enfermedad como el SIDA o el cáncer; preocupaciones excesivas sobre una parte del cuerpo o aspecto de la apariencia.

\_\_\_\_\_ **Obsesiones misceláneas.** Ejemplos: necesidad excesiva de conocer o recordar detalles sin importancia; miedo a perder cosas; miedo a decir ciertas palabras; miedo a no decir lo correcto; incomodidad con ciertos sonidos o ruidos; pensamientos repetidos de números afortunados o desafortunados.

*COMPULSIONES:* también llamadas rituales, se definen como comportamientos o actos mentales que una persona se siente impulsada a realizar, aunque pueda reconocerlos como algo excesivo o sin sentido. Puede ser difícil para la persona y provocarle ansiedad si se resiste a realizarlos.

A continuación, hay una lista de los diferentes tipos de compulsiones comunes en el TOC. Coloque una marca en la o las compulsiones que su pariente realizó durante la última semana.

\_\_\_\_\_ **Compulsiones de limpieza/lavado.** Ejemplos: rituales excesivos de manos, ducharse, bañarse, cepillarse los dientes, asearse o ir al baño: limpieza excesiva de artículos para el hogar; esfuerzos para prevenir el contacto con contaminantes.

\_\_\_\_\_ **Compulsiones de comprobación.** Ejemplos: controlar que algo se ha cerrado muchas veces, como la estufa, electrodomésticos; comprobar para asegurarse de que nada terrible hizo o sucederá, o que no cometió ningún error; control del miedo a la enfermedad.

\_\_\_\_\_ **Compulsiones de repetición.** Ejemplo: releer y/o reescribir cosas; repetir actividades de rutina (entrar/salir de la puerta).

\_\_\_\_\_ **Compulsiones de contar.** Ejemplos: contar baldosas, libros en un estante o palabras en una oración.

\_\_\_\_\_ **Compulsiones de ordenar.** Ejemplo: ordenar papeles en un escritorio, ajuste de muebles o marcos de cuadros.

\_\_\_\_\_ **Compulsiones de ahorrar.** Ejemplo: guardar periódicos viejos, correo no deseado, envoltorios, herramientas trotas; recoger objetos inútiles de la calle o de la basura.

\_\_\_\_\_ **Compulsiones misceláneas.** Ejemplos: buscar consuelo (haciendo la misma pregunta en repetidas ocasiones); excesiva creación de listas; tomar medidas para evitar dañar a uno mismo o a otros, o para prevenir consecuencias terribles; rituales mentales que no sean verificar o contar (revisar, orar ritualmente), necesidad de tocar las cosas; comportamientos ritualizados con la comida.



## **PARTE II: Informe de las respuestas de la familia ante el TOC**

Teniendo en cuenta los síntomas del TOC de su familiar que identificó en la parte I, el siguiente conjunto de ítems describe las posibles formas en que puede haber respondido a esos síntomas durante la última semana. Para cada ítem, indique el número de días de la semana pasada en la que usted respondió de una forma específica. Para cada elemento, haga un círculo en la columna del número de días. Si un artículo se refiere a algo que no hizo en la última semana, complete el círculo para "ningún/nunca pasó".

	<b>Ninguna/ nunca</b>	<b>1 día</b>	<b>2-3 días</b>	<b>4-6 días</b>	<b>Todos los días</b>
Aseguré a mi familiar que no había motivos de preocuparse del TOC. Ejemplo: tranquilizar a mi familiar de que no está contaminado o que no tiene una enfermedad.	0	1	2	3	4
Tranquilicé a mi familiar de que los rituales que realiza fueron suficientes para responder a la preocupación. Ejemplo: tranquilizar a mi familiar de que el ritual lo ha realizado suficiente.	0	1	2	3	4
Esperé a mi familiar mientras el/ella completaba un ritual.	0	1	2	3	4
Participé directamente en las compulsiones de mi familiar. Ejemplo: hacer lavados repetitivos o verificar que los ha hecho mi pariente.	0	1	2	3	4
Hice cosas que le permitieron a mi familiar completar la compulsión. Ejemplos: conducir de vuelta a casa para que mi	0	1	2	3	4

familiar pueda verificar que las puertas están cerradas; crear espacio extra para que pueda guardar cosas.					
Proporcione a mi familiar los artículos que necesita para realizar rituales. Ejemplos: comprar cantidades excesivas de jabón o limpiar productos para mi familiar.	0	1	2	3	4
Hice cosas que permitieron a mi pariente evitar las situaciones que podrían desencadenar las obsesiones y compulsiones. Ejemplo: tocar las perillas de las puertas públicas para que mi pariente no tenga que tocarlas.	0	1	2	3	4
Ayudé a mi familiar a tomar decisiones simples cuando el/ella no podía hacerlo por el TOC. Ejemplos: decidir que ropa debe ponerse mi familiar o que marca de cereal comprar.	0	1	2	3	4
Ayudé a mi familiar con tareas personales, como lavar, arreglarse, ir al baño o vestirse, cuando su capacidad para funcionar fue afectada por el TOC.	0	1	2	3	4
Ayudé a mi familiar a preparar la comida cuando no pudo hacerlo debido al TOC.	0	1	2	3	4
Asumí responsabilidades familiares o domésticas que mi pariente no pudo realizar adecuadamente debido al TOC. Ejemplos: hacer facturas, comprar, cuidar niños (cuando, a excepción del TOC, no lo hubiera hecho).	0	1	2	3	4
Evité hablar sobre cosas que podrían desencadenar las obsesiones o compulsiones.	0	1	2	3	4

No hice cosas que podría haber realizado mi familiar por las compulsiones. Ejemplos: no mover elementos que mi familiar ha alineado cuidadosamente.	0	1	2	3	4
Di excusas o mentí a mi pariente cuando el/ella faltó al trabajo o a una actividad social debido al TOC.	0	1	2	3	4
No hice nada para detener comportamientos inusuales relacionados con el TOC de mi pariente. Ejemplos: tolerar las acciones repetitivas de mi familiar, como ir dentro y fuera de la casa, o tocar objetos un cierto número de veces.	0	1	2	3	4
Sufrí condiciones inusuales en mi casa debido al TOC de mi familiar. Ejemplos: salir de la casa abarrotada de papeles que mi familiar no tirará.	0	1	2	3	4
Reduje las actividades de ocio debido al TOC de mi familiar. Ejemplos: pasar menos tiempo socializando, hacer pasatiempos, hacer ejercicio.	0	1	2	3	4
Cambié mi trabajo u horario escolar debido a mi familiar con TOC.	0	1	2	3	4
Dejé algunas de mis responsabilidades familiares debido al TOC de mi pariente. Ejemplos: pasé menos tiempo de que me hubiera gustado con otros parientes; descuidé mis tareas domésticas.	0	1	2	3	4

## **ANEXO IV**

### **TÉCNICA MINDFULNESS: “CONCIENCIA PLENA” <sup>24</sup>**

La técnica Mindfulness puede traducirse, aproximadamente, al español como técnica de “conciencia plena” o “atención plena”. Esta técnica consiste en centrar toda la atención en el momento presente, bien sea una actividad, un objeto o una imagen adquiriendo conciencia plena de la acción y prestando atención única y exclusiva a ésta.

Generalmente, esta focalización se ve interrumpida por pensamientos que aparecen en nuestra mente, relacionados con el pasado o el futuro, que no corresponden al momento presente y que distorsionan la vivencia del presente y la plena conciencia. La utilización de esta técnica permite poder dejar de lado estos pensamientos y reconducir la atención a la actividad consiguiendo de nuevo la conciencia plena.

No es necesario adquirir ningún nuevo concepto para poder llevar a cabo esta técnica, únicamente requiere ejercitar una capacidad que tiene todo ser humano. De modo, que la aplicación del mindfulness por parte del equipo sanitario requiere que el profesional se entrene con el objetivo de adquirir el dominio de la habilidad que pretende implementar.

Cuando somos conscientes de lo que estamos haciendo, estamos practicando “conciencia plena”. Centrar la atención en la respiración, escuchar música etc., tener plena conciencia de ello y no juzgar lo que se percibe con una actitud de aceptación y cuidado es entrenarse en la técnica de “conciencia plena”. Sin embargo, es frecuente que pensamientos e imágenes que no estén relacionados con la actividad presente interrumpan la atención. La técnica se basa en ser conscientes de ello, ignorar los pensamientos y centrarse en el presente. No importa que se repita muchas veces, con la práctica de recuperar la atención se obtiene mayor habilidad en la técnica.

La integración de esta técnica, su práctica en la vida cotidiana, se produce un aumento de la concentración y disminución de la ansiedad.

Puede realizarse sin necesidad de disponer de una infraestructura específica, pudiendo realizar el aprendizaje de forma individual o en grupo.

Enfermeros y enfermeras conocedores y poseedores de habilidades específicas en salud mental, pueden adaptar esta técnica según las necesidades de los grupos de personas o hacer variaciones en relación a los pacientes con los que se trabaja.

De modo que enfermería en salud mental, como profesionales del cuidado, adquieren con esta técnica una nueva herramienta de trabajo para dotar a los pacientes de más recursos para el autocuidado. Esta intervención va dirigida a la promoción y la prevención de la salud mental y el tratamiento de la ansiedad, dolor y otros diagnósticos enfermeros.



Universidad  
Zaragoza

